

TÉRATOME KYSTIQUE OVARIEN CHEZ UNE ADOLESCENTE À PROPOS D'UN CAS AU SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE DE L'HOPITAL GÉNÉRAL IDRISSE POUYE DE DAKAR (2020)

OVARIAN CYSTIC TERATOMA IN AN ADOLESCENT GIRL ABOUT A CASE

SAMBA M M, DIOP A, FAYE A C, KA I, BA D, DIAGNE S A, DIOP P S

Service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa POUYE, Dakar (SENEGAL)

Résumé

Le tératome kystique de l'ovaire est une pathologie fréquente qui peut se voir à tout âge mais surtout pendant l'âge d'activité génitale. C'est la seule forme bénigne des tumeurs germinales, c'est aussi la plus fréquente de toutes les tumeurs germinales. Nous rapportons le cas d'une adolescente de 17 ans qui présentait une masse abdomino pelvienne. La symptomatologie clinique d'une tumeur ovarienne présumée bénigne est non spécifique.

Le diagnostic d'un tératome hétérokystique mature a été retenu après exploration chirurgicale et examen anatomopathologique de la pièce d'annexectomie droite. Les suites opératoires ont été simples.

Mots-clés : Tératome, kyste dermoïde ovarien, adolescente, annexectomie

INTRODUCTION

Les tératomes kystiques matures ou les kystes dermoïdes sont les tumeurs ovariennes les plus fréquentes chez les adolescentes et représentent la seule forme bénigne des tumeurs germinales.

Il s'agit de masses volumineuses (10 à 15 cm), hétérogènes, comprenant en leur sein des différenciations des 3 couches embryologiques primitives : endodermique, mésodermique et ectodermique : sébum, dents, poils... [1]. Le diagnostic est habituellement évoqué en échographie et confirmé au Scanner ou à l'IRM. [2]

Le diagnostic de certitude est histologique et le traitement est exclusivement chirurgical. [2]

Nous rapportons un cas de tératome heterokystique mature de l'ovaire chez une adolescente de 17 ans.

OBSERVATION

Une adolescente de 17 ans sans antécédent pathologique particulier était admise dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital General Idrissa Pouye pour la prise en charge d'une masse abdomino-pelvienne. Le début de la symptomatologie

Summary

Cystic teratoma of the ovary is a common pathology that can be seen at any age, but especially during the reproductive years. It is the only benign form of germ cell tumors, it is also the most common of all germ cell tumors. We report the case of a 17-year-old girl who presented with an abdominal pelvic mass. The clinical symptomatology of a suspected benign ovarian tumor is non-specific.

The diagnosis of a mature heterocystic teratoma was made after surgical exploration and pathological examination of the right adnexectomy piece. The post-operative recovery was uneventful.

Keywords: Teratoma; Ovarian dermoid cyst, teenage, adnexectomy

remontait à 6 mois avant son admission marqué par l'apparition progressive d'une masse abdomino-pelvienne associée à une douleur péri ombilicale à type de pesanteur d'intensité moyenne irradiant à l'hypogastre. Il n'y avait pas de fièvre, pas de troubles de transit, pas d'altération de l'état général. L'examen clinique avait montré : volumineuse masse abdomino pelvienne fixe indolore. Le bilan biologique avait montré : une anémie normochrome normocytaire à 10,6 g/dl, Taux élevé de CA125 à 164 UI/ml (soit 4,6 fois la normale). La Tomodensitométrie abdominale avait objectivé un aspect en faveur d'un lymphangiome kystique de 316 x 238 mm (Figure 1, Figure2).

Sous anesthésie générale, après un abord par laparotomie médiane xypho pubienne l'exploration chirurgicale avait retrouvé une volumineuse masse ovarienne droite appendue, Mensuration : 30 x 25 x22 cm, poids : 10 kg (Figure 3).

Ovaire controlatéral sans particularité, pas d'ascite, pas de carcinose péritonéale

Une annexectomie droite a été réalisée.

Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu un tératome heterokystique mature.

Correspondance : Moussa Marieme SAMBA, mail : ms590626@gmail.com ,tel : 774094683

Soumis le 30-08-2023

Révisé le 15-02-2024

Accepté le 03-10-2024

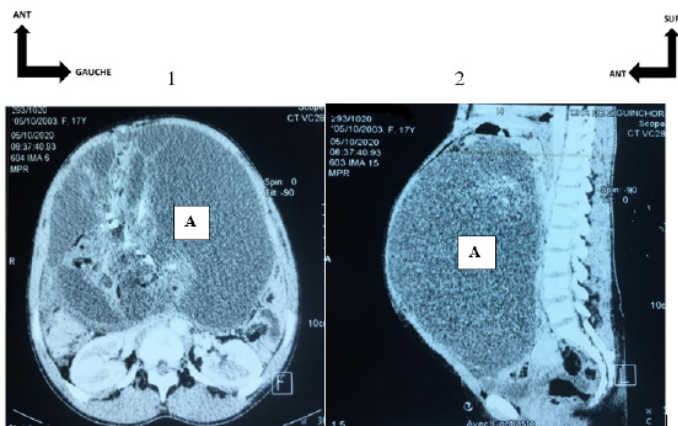


Figure 1 : TDM abdominale : coupe axiale avec injection du produit de contraste montre une volumineuse masse annexielle (A) mesurant environ 316 x 238 mm de densité liquidienne multi-cloisonnée avec des septa qui se rehausse après injection de produit de contraste avec des calcifications

Figure 2 : TDM abdominale : coupe sagittale avec injection du produit de contraste masse kystique à parois régulières (A) ?????

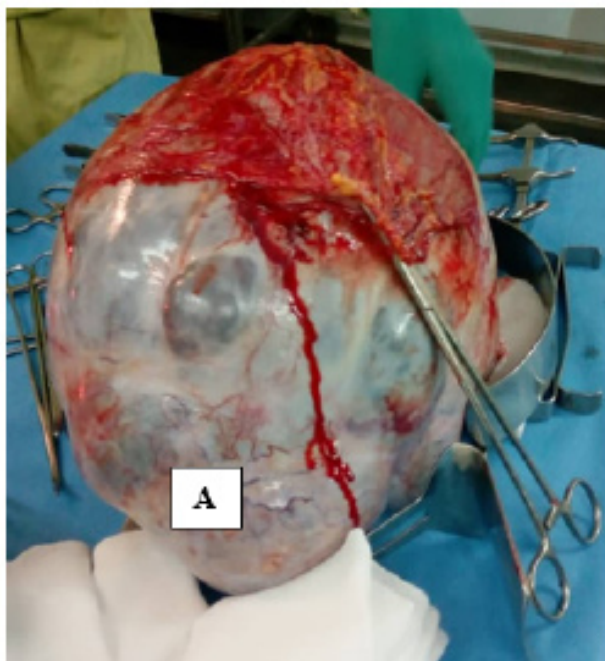
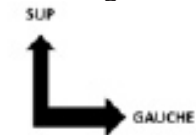


Figure 3 : Volumineuse masse ovarienne droite à surface lisse de consistance rénitente (A)
Mensuration : 30 x 25 x 22 cm, poids : 10 kg

DISCUSSION :

Le tératome mature de l'ovaire est la seule forme bénigne des tumeurs germinales, c'est aussi la plus fréquente de toutes les tumeurs germinales [3]. En effet, le tératome kystique mature représente 10% à 20% de toutes les tumeurs ovariennes de l'adulte avec un âge moyen d'environ 27 ans [4,5]

et il représente 60% à 70% de toutes les tumeurs ovariennes bénignes [6]. Par contre chez notre patiente, l'âge actuel au moment du diagnostic (17 ans) était plus bas que celui retrouvé au niveau de la littérature.

Les tératomes sont composés de tissus provenant des trois feuilletts embryonnaires l'endoderme, le mésoderme et l'ectoderme. Ils sont subdivisés en 2 classes : le tératome mature exclusivement fait de tissus adultes (ou fœtaux) et le tératome immature caractérisé par la présence de tissu embryonnaire [7].

La gravité des tératomes ovariens est due au fait que dans trois fois sur quatre le diagnostic est fait tardivement, au stade où le volume de la tumeur est considérable [8].

La symptomatologie clinique d'une tumeur ovarienne présumée bénigne est non spécifique.

Les signes d'appel clinique sont dominés par la douleur aiguë, qui associée à un syndrome d'irritation péritonéale évoque une torsion, une masse ou un développement des caractères sexuels secondaires [7]. La découverte de ces masses kystiques est en général fortuite lors d'un examen abdomino pelvien échographique de routine ou suite à la palpation d'une masse abdominopelvienne et ou devant des douleurs pelviennes [8].

Il paraît donc particulièrement important de faire le diagnostic de cette affection aussi précocement que possible. Malheureusement il n'existe aucun signe clinique caractéristique et la survenue d'un tératome ovarien peut s'accompagner d'une symptomatologie extrêmement variée voire trompeuse [9].

Chez notre patiente, la masse abdomino pelvienne était le motif de consultation associée à une douleur abdominale non spécifique.

Ceci explique que régulièrement des tératomes de l'ovaire sont diagnostiqués par des gastroentérologues ou des chirurgiens généralistes ou viscéralistes plutôt que par des gynécologues. Il importe donc, devant toute symptomatologie mal expliquée, de penser à un kyste de l'ovaire et de pratiquer un examen gynécologique approprié [10].

L'échographie pelvienne est le premier examen : les kystes liquidiens sont présumés bénins mais organiques s'ils persistent au-delà de 6 mois. La tomodensitométrie et /ou l'IRM et le dosage des marqueurs tumoraux sont nécessaires pour le diagnostic de kystes hétérogènes. Toutefois, le diagnostic de certitude nécessite une exploration chirurgicale et un examen anatomopathologique [10].

Il n'existe pas de signe biologique spécifique d'un tératome de l'ovaire. Cependant certains marqueurs biologiques orientent vers la probabilité de malignité d'un tératome ou au moins d'une tumeur pelvienne [11].

La positivité de ces marqueurs tumoraux ne signifie

pas la malignité du tératome mais marque la présence d'une tumeur maligne au niveau du pelvis dont on doit rechercher. Dans le cadre d'une tumeur isolée de l'ovaire, ceci a une place incontestable dans la décision chirurgicale. [11].

Devant toute masse ovarienne, le dosage des marqueurs tumoraux en préopératoire (α FP et β HCG) est indispensable, afin d'orienter le diagnostic étiologique et d'éliminer une éventuelle composante maligne [12].

Ces marqueurs n'ont pas une spécificité d'organe mais une spécificité cellulaire [2].

L'élévation de l' α FP dans le cadre d'une masse ovarienne confirme le contingent vitellin hautement malin de la tumeur [12].

Alors que celle de la β HCG, correspond à une composante sécrétoire choriocarcinomateuse [2].

Par ailleurs, leur négativité n'exclut bien sûr pas la malignité (tumeurs germinales malignes non sécrétantes) [12].

Dans notre cas, seul le dosage des CA125 a été réalisé et était élevé à 164,74 U/ml (soit 4,6 fois la normale).

Le traitement des tumeurs ovariennes bénignes de l'ovaire reste exclusivement chirurgical vu qu'aucun traitement médical n'a fait la preuve de son efficacité. En tenant compte de la nature bénigne des kystes ovariens, l'absence de bénéfice démontré des oestroprogestatifs dans cette indication et leurs effets indésirables notamment thromboemboliques, les oestroprogestatifs ne doivent pas être utilisés dans la prise en charge des kystes ovariens.

Le geste opératoire doit être le plus conservateur possible du fait qu'on s'adresse à des sujets jeunes, en pleine croissance, et que la castration aurait des conséquences désastreuses [12].

La coelioscopie est la voie d'abord de référence pour le traitement chirurgical des tumeurs ovariennes bénignes. Toutefois la laparotomie (Pfannestiel ou médiane) justifie son indication en cas de volumineux kyste supérieur à 10 cm [12].

Le tératome mature a un excellent pronostic.

Le risque de récurrence est d'environ 10% imposant une surveillance échographique ultérieure régulière, théoriquement durant toute la période d'activité génitale [12].

Dans notre cas, l'évolution postopératoire immédiate était bonne.

CONCLUSION

Le tératome kystique de l'ovaire est une pathologie fréquente qui peut se voir à tout âge mais surtout pendant l'âge d'activité génitale. Dans notre cas le diagnostic était tardif chez une adolescente avec une douleur abdominopelvienne chronique comme signe d'appel.

La coelioscopie bien qu'étant la voie d'abord de

référence, la laparotomie garde son indication dans notre contexte surtout en cas de volumineux kyste.

Le pronostic des tératomes ovariens chez la jeune fille est excellent mais nécessite une surveillance prolongée.

RÉFÉRENCES :

1. **C. Grapin-Dagorno, M. Chabaud** Surgical aspects of ovarian cysts and tumors in Child Hood Archives de Pédiatrie 2008; 15 : p786- p788.
2. **Cartault, A., Ponsar, C., Menendez, M., & Pienkowski, C.** (2008). Kystes et tumeurs ovariennes de l'enfant prépubère: aspects hormonaux. Archives de pédiatrie, 15(5), 778-780.
3. **Hervé Brisse, Sabine Sarnacki, Daniel Orbach, Sylvia Neuenschwander.** Les tumeurs de l'ovaire (en dehors de la période néonatale). Radiographics 2004;24:387-404.
4. **Baek J (2016)** Synchronous occurrence of mature cystic teratoma of the fallopian tube and ovary: A case report. Oncology Letters 12: 911-914.
5. **Ohshima K, Umeda A, Hosoi A, Yamamoto T, Munakata S (2015)** Mature cystic teratoma in Douglas pouch. Case Rep Pathol 2015: 202853.
6. **Ki EY, Jang DG (2016)** Rare case of complete colon structure in mature cystic teratoma of the ovary in menopausal woman: A case report. BMC Women's Health 16: 70.
7. **Caruso, P. A., Marsh, M. R., Minkowitz, S., & Karten, G. (1971).** An intense clinicopathologic study of 305 teratomas of the ovary. Cancer, 27(2), 343-348.
8. **Schmidt D, Kommos F.** Teratoma of the ovary: Clinical and Pathological Differences between Mature and Immature Teratomas. Pathology. 2007; 28:203-8.
9. **Bladé, J. S., Roméo, É., Cournac, J. M., Souraud, J. B., Gisserot, O., & De Jauréguiberry, J. P.** (2011). Tumeurs germinales extragonadiques. Médecine et armées, 39(1), 49-55.
10. **Rosai R.** Surgical Pathology Volume 2 9 ème éditions. Toronto: Mosby; 2004.
11. **Che-Fu C, Chen-Kuo L.** A case of recurrent, bilateral ovarian teratoma in a young woman. J Womens Health. 2014; 14:57.
12. **Martelli H, Patte C.** Tumeurs des gonades chez l'enfant. Arch Pediatr 2003; 34: 55-62